



Ficha de sintomatología COVID-19

He recibido explicación del objetivo de este formulario y me comprometo a responder con la verdad:

Apellidos y nombres del estudiante:

Grado y Sección:

Nivel:

DNI/CE:

Dirección:

Número (celular):

En los últimos 14 días calendarios ha tenido alguno de los síntomas siguientes:

- Sensación de alza térmica o fiebre.
- Dolor de garganta, tos, estornudo o dificultad para respirar.
- Expectoración o flema amarilla o verdosa.
- En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto con algún familiar o persona sospechosa o confirmada de COVID-19?
- ¿Está tomando alguna medicación? (detallar cuál o cuáles):
- El los últimos 14 días, ¿tuvo un resultado positivo en un prueba de laboratorio para descartar de COVID-19?
- Pertenece algún grupo de riesgo para COVID-19?

SI	NO

Especifique:

¿Ha sido vacunado(a) contra la COVID-19 () Si, () No

¿Cuántas dosis? () 01 () 02 () 03

Todos los datos personales expresados en esta ficha constituyen declaración jurada. He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de otros miembros de la comunidad educativa, y la mía propia, lo cual, al constituir una falta grave a la salud pública. Asimismo mis padres o tutores autorizan la entrega de esta información bajo la ley de datos personales.

FIRMA (alumno(a))

DNI

FIRMA (padres/apoderado)

DNI

Lima, de del 2022